Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Ein Fall von akuter Alkohol-Halluzinose.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Hermann Scheel
aus Puttgarden a. Fehm.

1919

Druck von R. Hieronymus Buchdruckerei
Neumünster.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Ein Fall von akuter Alkohol-Halluzinose.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hermann Scheel

aus Puttgarden a. Fehm.

1919

Druck von R. Hieronymus Buchdruckerei
Neumünster.

Nr. 91.

Rektoratsjahr 1918/19.

Ref.: Siemerling.

—

Zum Druck genehmigt:
Heine, z. Zt. Dekan.

Dem Andenken meiner lieben Eltern
gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0048

Schon im Altertum beschäftigte die Forscher der Zeit die Frage von den Wirkungen des Weins auf den Menschen. Seither hat die Alkoholfrage mehr oder weniger die Denker nicht zur Ruhe kommen lassen. Im Mittelalter wußte man wenig von Enthaltsamkeit in den Ländern des Abendlandes, obgleich gerade in dieser Zeit die Alkoholfrage und die Bereitung des schädlichen Stoffes einen großen Aufschwung nahm. Um die Wende des 15. Jahrhunderts klagte man in Deutschland wohl viel über das vom Branntwein hervorgerufene Uebel und versuchte dagegen einzuschreiten. Dann im 17. Jahrhundert während des 30jährigen Krieges nahm das Uebel immer weiteren Umfang an. Aber erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts sprach man vom Branntweintrinken als allgemeinem Nationallaster. Seitdem ist die Alkoholfrage vollends in den Vordergrund gerückt, naturnotwendig, da ihre Bedeutung weiteren und weiteren Kreisen in ihrer erschreckenden Wahrheit zum Bewußtsein gekommen ist. Wieviel Kummer und Elend ist über manche Familien, ja über Völker gekommen, lediglich wegen des großen Mißbrauchs geistiger Getränke. Volkswohl und -Wehe haben darunter leiden müssen.

B a e r sagt dazu: „Die Erfahrung lehrt jedenfalls, und die tatsächliche Wahrnehmung bestätigt es immer von Neuem, daß überall dort, wo die alkoholischen und ganz besonders die spirituosen Getränke in weiten Kreisen der Bevölkerung gewohnheitsmäßig und im Uebermaß genossen werden, schwere Schädigungen des leiblichen, geistigen und sittlichen Lebens, sowie der materiellen Wohlfahrt des Volkes unausbleiblich eintreten, die immer größer werden, je mehr und länger sich dieses Laster in die Lebensgewohnheiten eines Volkes einnistet."

Eingehende Arbeiten hervorragender Männer der Wissenschaft haben die schweren Gefahren des Alkohols für die Volkswohlfahrt häufig dargetan. Von medizinischer Seite ist viel auf seine gewaltige Schuld an der Verbreitung

der großen Volkskrankheiten, wie Lues und Gonorrhoe hingewiesen worden, deren zermürbende und zu Grunde richtende Wirkung wohl jedem einsichtigen und denkenden Menschen heute klar ist. Eine der vornehmsten Pflichten des ärztlichen Standes ist darum, immer und immer wieder den Schädling „Alkohol" zu bekämpfen und für immer weitere Kreise aufklärend zu wirken. Neben den gewaltigen körperlichen Gefahren birgt der Alkoholmißbrauch aber noch den Keim in sich für viele Geisteskrankheiten teils heilbarer, teils unheilbarer Natur. Wie oft wird einem in der Anamnese eines kranken Kindes oder Erwachsenen angegeben, Vater oder Mutter waren Trinker. Nicht in allen Fällen hat man dann mit Gewißheit vielleicht den Grund für die vorliegende Erkrankung bei dem Alkoholismus der Vorfahren zu suchen. Dazu bedarf es gewiß bestimmter Krankheitsbilder und Symptome, die überwiegend häufig auf dem Boden der Alkoholintoxikation auftreten, so daß ihr Zusammenhang nicht zu leugnen ist. Hierher gehören der chronische Alkoholismus selbst, das Delirium tremens, die Korsakow'sche Psychose und die akute und chronische Halluzinose der Trinker. Unter den Ursachen des chronischen Alkoholismus spielt nicht eine geringe Rolle die angeborene oder erbliche Veranlagung. Die Neigung zum Trinken wird in hohem Maße auf die Nachkommenschaft übertragen, wahrscheinlich in Form einer verringerten aethischen Widerstandsfähigkeit überhaupt (Kraepelin). Unter den von ihm beobachteten Trinkern waren ¾ in irgend einer Form erblich belastet; in der Hälfte dieser letzteren Fälle war der Vater Trinker gewesen. Auf der durch den chronischen Alkoholismus gebildeten Grundlage können sich, wie schon oben gesagt, eine Anzahl eigenartiger psychischer Störungen entwickeln, welche zum Teil wenigstens in ihrem klinischen Auftreten selber schon den Rückschluß auf die Grundursache gestatten, aus welcher sie hervorgegangen sind. Die bei weitem häufigste dieser Störungen ist das Delirium tremens (Kraepelin).

Eine weitere Form des alkoholischen Irreseins stellt der halluzinatorische Wahnsinn der Trinker dar. Unter Halluzinose der Trinker, wie Wernicke es bezeichnet, akuter halluzinatorischer Wahnsinn nach Kraepelin

und systematisierende Form des akuten Alkoholismus nach Jolly, versteht man (nach Schultze in Binswanger-Siemerling) eine auf chronischen Alkoholismus zurückzuführende subakute Psychose, die durch massenhaft akustische Sinnestäuschungen, vorwiegend Phoneme und eine sich schnell entwickelnde Wahnbildung bei erhaltener Besonnenheit und Orientiertheit ausgezeichnet ist.

Der Alkoholwahnsinn ist eine sehr häufige Krankheit. Kraepelin stellt unter den von ihm beobachteten Trinkern 17 % fest, die an ihm litten.

Die Halluzinose ist eine Erkrankung der Gewohnheitstrinker, nur auf diese Art der Erkrankung, wobei also der Alkoholmißbrauch für die Psyche verantwortlich gemacht werden muß, soll im Folgenden an der Hand eines Krankheitsfalles eingegangen werden.

Krankheitsgeschichte.

Fritz S., Kaufmann, 42 Jahre alt, unverheiratet. Vater hat stark getrunken. Eine Schwester sei 1912 in Schleswig an Gemütsleiden gestorben. Er selbst will früher immer gesund gewesen sein, lernte sehr gut in der Schule. Schon früh, während der Schulzeit, sei er in die Kantinen der Matrosenkaserne in der Feldstraße gekommen, seit 1894 selbst in einer Kantine beschäftigt, sei er jetzt Verwalter von 4 Kantinen. Als solcher mußte er alle Bestellungen auf Bier und andere Kantinenartikel machen. Dabei habe er natürlich viel trinken müssen. Täglich habe er 5—6 Glas Bier und 5—6 Rum-Grog, zeitweise auch Schnäpse getrunken. Sehr selten sei er betrunken geworden. Er habe auch furchtbare Nierenschmerzen, Schwäche in den Beinen und Hüften, und klage über unsicheren Gang.

Seit ¼ Jahre fühle er sich krank, nervös, aufgeregt und leide an Kopfschmerzen. Seit 14 Tagen hörte er aus gewissen Ferngesprächen seines Personals und der Gäste im Lokal, daß immer von ihm gesprochen werde, Anspielungen auf sein starkes Trinken gemacht wurden, und auf seine geringe Tätigkeit. Auch wurde ihm zu verstehen gegeben, daß er für das Personal schlecht sorge, alles für sich nehme, hamstere. Sie hätten sich gewundert, daß er zeitweise kein Frühstück aß, und hätten daraus geschlossen,

daß er Vorräte auf seinem Zimmer habe. Es fielen Bemerkungen, wie: „na, wenn man nicht viel arbeitet, braucht man nicht zu essen", „jetzt holt er schon wieder ein Glas Bier", „jetzt geht er heute aus und hat Dienst" u. a. mehr. Er hatte das Gefühl, als wenn er das ganze lezte halbe Jahr dauernd belauert sei. Jede kleinste Bemerkung von ihm müsse notiert worden sein. Er habe das aus den Ferngesprächen entnommen. Mit der Zeit wurde er ängstlich, hatte das Gefühl, man wolle ihn heraushaben aus dem Geschäft. Es wurden ihm andauernd Fallen gestellt, er wurde mit dem Kopf gewissermaßen darauf gedrückt, was er alles vergessen habe. Er glaube nicht, daß er sich getäuscht habe, er habe doch seinen gesunden Menschenverstand. Ein gewisser Kreis von Menschen gehe darauf aus, ihn dort herauszubringen. Den Grund dafür versteht er nicht, er habe nie jemand etwas getan.

Abends und morgens habe er auch Ferngespräche im Zimmer über sich gehört, er konnte das durchhören, denn früher sei dies nicht vorgekommen. Zeitweise hörte er auch Menschenstimmen, wenn gar keine Leute da wären, er verstehe das nicht, er habe die Personen dann doch nicht gesehen. Nachts habe er Angst, schlafe nächtelang nicht.

Bei einem Spaziergang letzten Sonntag sei es ihm vorgekommen, als wenn er förmlich Spießruten laufe, als wenn er von allen Leuten genau beobachtet wurde. Es fielen Bemerkungen, wenn er an fremden Leuten vorbeiging. Einer sagte z. B.: „Mit Tabak machen wir schon was, daß er welchen hat, wissen wir ja." Damit hatten sie aufs Hamstern angespielt. Es sei wohl im Laufe längerer Zeit Beweismaterial gegen ihn zusammengebracht worden.

Die Anamnese wird ergänzt durch folgende Angaben eines Bekannten, der ihn in die Klinik gebracht: Seit 8 Tagen leide S. an Wahnvorstellungen, daß ihn sein Personal belauert. Er sage manchmal, an der Decke sei ein Loch. Auf der Fahrt zur Klinik meinte er, es fahre jemand hinterher und belauerte ihn. In letzter Zeit habe er Selbstmordgedanken, habe jedoch noch keinen Versuch gemacht. Seine Leute habe er zur Rede gestellt, warum sie ihn in den Tod treiben wollten. S. habe gegen jeden Menschen großes Mißtrauen.

Am 16. Juli 1917 wird der Patient von seinem Freund zur Klinik gebracht.

Befund:

Sehr starkes Fettpolster. Mannskopfgroßer Bauchbruch (seit 1908 durch Ueberheben).
Schädel und Trigeminus I nicht druckempfindlich.
Pupillen rund, gleich.
Reaktion auf Licht und Convergenz +.
Augenbewegung frei.
Facialis frei.
Mechanische Muskelerregbarkeit intakt.
Vasomotorisches Nachröten lebhaft.
Leichter Tremor manuum.
Reflexe der oberen Extremitäten +.
Große Nervenstämme nicht druckempfindlich.
Kniephänomene +.
An den unteren Schenkeln Krampfadern, besonders links.
Achillessehnenreflex +.
Zehen plantar.
Fingernasenversuch sicher.
Sensibilität o. B.
Puls 104, regelmäßig, etwas gespannt.
II. Aortenton etwas accentuiert.
Gegend neben dem Kreuzbein druckempfindlich.

Gleich nach der Aufnahme habe er die Sticheleien wieder gehört. Das sei eine lang vorbereitete Sache, ½ Jahr geht das Treiben.

18. 7. Patient ist etwas gedrückter Stimmunng, hat Klagen über Kopf- und Rückenschmerzen.

20. 7. Steht zwei Stunden auf, verhält sich ruhig.

25. 7. Hat Besuch von Bekannten, verhält sich ruhig. Zuweilen noch Kopfschmerzen, schlafe schlecht.

30. 7. Patient ist am liebsten allein, beschäftigt sich viel mit Lesen und Schreiben.

4. 8. Immer für sich allein, arbeitet auf seinem Zimmer, beschäftigt sich viel mit schriftlichen Arbeiten.

8. 8. Klagen über Schmerzen in den Beinen, bekommt Schwitzbäder, danach Besserung.

15. 8. Geht einige Stunden außerhalb der Klinik spazieren.

23. 8. Ruhig, geordnet. Keine Klagen. Zur Bruchoperation in die chirurgische Klinik verlegt.

10. 10. Von der chirurgischen Klinik zurück zur Nervenklinik verlegt.

20. 10. Keine Klagen, gute Stimmung, spielt mit anderen Patienten Karten.

5. 11. Schlaf, Stimmung, Appetit gut.

1. 12. Gebessert nach Hause entlassen.

Der vorliegende Krankheitsfall ist in seiner ganzen Art als ein Schulbeispiel für das Bild der akuten Alkohol-Halluzinose zu bezeichnen. Die zahlreichen Gehörstäuschungen, die in Akoasmen und Phonemen zum Ausdruck kommen, gehören zu den charakteristischen Symptomen der auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehenden Psychose. Die Psychose beginnt oft nach einem kurzen Vorstadium (Angst, innere Unruhe, allgemeines Unbehagen, Reizbarkeit, Ueberempfindlichkeit gegen Geräusche, ganz vereinzelte Sinnestäuschungen, Herz- und Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel) oder ganz plötzlich und dann vielfach im Anschluß an einen größeren Alkoholexceß. Im Vordergrunde stehen massenhafte Gehörshalluzinationen, weniger elementarer Natur (Zischen, Pfeifen, Klopfen, Schießen), sondern vorwiegend Phoneme. (Schultze in Binswanger-Siemerling.) Der Kranke litt seit April, fühlte sich dauernd krank. In der letzten Zeit verstärkte sich sein Leiden. Ihm wurden in Ferngesprächen Vorhaltungen über sein starkes Trinken gemacht. Das Personal tuschle über ihn, er sorge schlecht für seine Angestellten, sei zu egoistisch. Er hörte sogar, wie in ganzen Sätzen sein Lebenswandel erörtert wurde, so: „Jetzt geht er schon wieder aus und hat Dienst." Der Kranke hat das bestimmte Gefühl, sein Tun und Lassen wird während des ganzen letzten halben Jahres beobachtet. Jede seiner Bemerkungen werden notiert. Mit der Zeit habe er dann Angst bekommen, man wolle ihm Fallen stellen, ihn geschäftlich zu Grunde richten. Dasselbe sei ihm bestätigt worden in Ferngesprächen, die er über sich über der Zimmerdecke gehört habe. Auch aus Männerstimmen hätte er dasselbe gehört, wenn auch gar keine Leute da waren. Er werde verspottet, verhöhnt und in arger Weise bedroht. Kraepe-

lin vergleicht den Kranken mit einem unfreiwilligen Zuhörer.

Die Angst steht bei dem Kranken im Vordergrund und veranlaßt ihn zu ängstlichen Mißdeutungen. Im Anschluß an seine Sinnestäuschungen kommt der Kranke zu Wahnideen, die ganz im Bereiche der Möglichkeit liegen, so nämlich, daß man ihn verfolgt. Seltener handelt es sich nach Schultze um Wahnideen im Sinne der Selbstanklage. Die Angst tritt wohl meist im Gefolge der Stimmen auf, sie ist aber auch, wie so häufig beim Alkoholisten, primär. Der Angstaffekt ist bei diesen Formen der Halluzinose sehr tiefgehend und nicht leicht suggestiv zu beseitigen. Die Angst vor den Nachstellungen treibt zweifellos viele Kranke in den Tod, und eine ganze Anzahl der jährlichen Selbstmorde sind sicher in diesem Sinne zu erklären.

Der Kranke ist örtlich und zeitlich und über seine Umgebung genau orientiert. Sein Bewußtsein ist nicht gestört, zuweilen haben einige Autoren leichte Benommenheiten festgestellt, wie es wohl die nahe Verwandtschaft der Halluzinose mit dem Delirium tremens erklärlich macht. Bei unserem Kranken finden wir nichts von Desorientiertheit. Er ist ganz klar über seine Umgebung.

Wie alle Forscher darin übereinstimmen, daß die Gehörstäuschungen bei der akuten Alkoholhalluzinose im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, so teilen sich die Ansichten über das Vorkommen von Täuschungen anderer Sinnesorgane. Den Gesichtstäuschungen wird nur eine untergeordnete Bedeutung zugemessen. Nach Kraepelin sind sie vorübergehend und ganz unbestimmten Inhalts. Ilberg läßt sie ganz fehlen. Dagegen wird ihnen in den Beobachtungen von v. Speyer und Luther erhöhtere Bedeutung zugeschrieben. In der Abhandlung Goldstein's wird das Bestehen der Gesichtshalluzinationen bei der akuten Alkoholhalluzinose nachgewiesen, daß sie sogar teilweise den Gehörstäuschungen gleichkämen.

Bei unserem Kranken vermissen wir diese Gesichtstäuschungen vollkommen. Andere Sinnesorgane sind noch seltener beteiligt. Vielleicht die Gefühlshalluzinationen sind noch zu erwähnen. Von vielen Autoren werden sie gleich hinter den typischen Halluzinationen aufgeführt. Bestehen neben den Gehörstäuschungen noch andere Sinnestäuschun-

gen, wie Gesichts-, Gefühlshalluzinationen u. a., so ist nach Ansicht vieler Autoren die Prognose der Erkrankung ernster zu stellen.

Was den körperlichen Befund bei der akuten Halluzinose anbelangt, so sind Symptome der chronischen Alkoholvergiftung bald mehr, bald weniger ausgesprochen. Von allen Autoren werden fast übereinstimmend dieselben Erscheinungen angeführt, Tremor manuum et linguae, neuritische Symptome fehlen selten, wie sie auch im vorliegenden Fall vorhanden sind. Wir finden leichtes Händezittern und Schmerzen der Rückenmuskulatur und der Beine. Gastrische Symptome vermissen wir ganz. Dagegen finden wir lebhaftes vasomotorisches Nachröten, wie es von Bonhöffer häufig beobachtet wurde.

Wie die Halluzinose der Trinker meistens stürmisch auftritt, so verschwindet sie in der Regel ebenso schnell. Ilberg unterscheidet nach ihrem Verlauf akute und subakute Formen der Psychose. Bei der akuten Alkohol-Halluzinose ist, nach ihm, der ganze Verlauf sehr stürmisch; häufig sollen früher Alkoholpsychosen vorangegangen sein, die Kranken haben meistens schwere Erschütterungen im Leben durchgemacht und sind dem Schnaps in die Arme getrieben. Die Dauer der akuten Erkrankung beträgt nach Ilberg 3—4 Wochen. Im Gegensatz zu dem gewöhnlich raschen Abklingen der letzteren steht der Verlauf bei den subakuten Fällen. Der Ausbruch der Krankheit ist ebenfalls meist stürmisch, jedoch klingt die Krankheit erst allmählich ab. Bei diesen Fällen ist jedoch fast ausnahmslos ein ausgeprägtes paranoisches Stadium nachzuweisen. Die Dauer der Erkrankung in den subakuten Fällen rechnet man meistens in 5—15 Wochen. Auch in unserem Fall erfordert die Behandlung lange Zeit und bewegt sich an der Grenze der Zeit, die von den Autoren als Höchstgrenze angenommen wird.

Der Ausbruch der Krankheit braucht sich nicht unbedingt auf einen starken alkoholischen Exceß einzustellen, wenn auch in der Mehrzahl der Fälle ein solcher die Schuld tragen wird. Als auslösendes Moment kommen komplizierende Erkrankungen in Betracht, am häufigsten werden nach Bonhöffer in körperlicher Hinsicht akute gastrische Er-

scheinungen, auf psychischem Gebiete starker Aerger, Schreck usw. angegeben.

Das bevorzugte Lebensalter soll im Durchschnitt etwas niedriger fallen als beim Delirium tremens, etwa zwischen 30—35 Jahren. Die Beobachtungen Bonhöffer's, daß die von der Halluzinose befallenen Kranken sich zum größten Teil aus höher gestellten sozialen Schichten zusammensetzen, wird von anderen Autoren lebhaft bestritten. Das Gegenteil wird behauptet.

Bei der typischen Art der Erkrankung bietet die Diagnose keine Schwierigkeiten. Am ehesten noch wird sie verwechselt mit dem Delirium tremens. Hier haben wir nach Bonhöffer besonders folgende Symptome hervorzuheben: Auf der einen Seite überwiegen die Gehörs-, auf der anderen die Gesichtshalluzinationen. Während der Alkoholhalluzinant besonnen, orientiert, nur ausnahmsweise benommen ist, finden wir den Deliranten desorientiert, im Bewußtsein getrübt. Die körperlichen Symptome treten stärker hervor, wie Ataxie und Störung der Sprache. Der Verlauf ist rasch, fällt meist kritisch ab. Trotz der Unterschiede kommen aber bei der nahen Verwandtschaft der beiden Krankheitsbilder Verwechselungen vor. Differentialdiagnostisch kommen, außer dem Delirium tremens noch die einfache akute Angstpsychose, die jedoch weniger Phoneme aufweist, und die chronische Halluzinose in Frage. Diese Erkrankung verläuft im allgemeinen schwerer und ist der Behandlung weniger zugänglich. Auch andere Psychosen, wie die progressive paranoische Wahnbildung, sind oft von alkoholischen Excessen begleitet. Weiter ist bekannt, daß der Alkoholmißbrauch erster Ausdruck einer beginnenden Erkrankung sein kann.

Pathologisch-anatomisch ist über die akute Halluzinose der Trinker nichts bekannt.

Die Prognose ist in der Mehrzahl der Fälle bei der akuten Halluzinose der Trinker zweifellos gut zu stellen. Sie ist abhängig davon, daß es gelingt, den Kranken zur Abstinenz zu bewegen. Gelingt es, den Kranken von der Notwendigkeit der Abstinenz zu überzeugen, so ist die Prognose absolut günstig zu stellen, denn die erste Erkrankung geht stets in Heilung über. Bei völliger Enthaltsamkeit von Alkohol sind Fälle beobachtet worden, die in weni-

gen Tagen, ja, in Stunden, zur Heilung kommen. Die Gefahr des Rückfalls oder einer Neuerkrankung wird allgemein als sehr groß bezeichnet, wenn die Abstinenz nicht beibehalten wird, da eine fortschreitende Entwicklung der an sich heilbaren Halluzinose in bedrohliche Nähe rückt.

Die Behandlung der akuten Halluzinose der Trinker ist die der akuten Geisteskrankheiten. Auf alle Fälle ist Anstaltsbehandlung angezeigt, nur in einer solchen läßt sich die unbedingt nötige Alkoholentziehung streng durchführen. Die Kranken bedürfen regelmäßiger Aufsicht wegen der Selbstmordgefahr, die sich ebenfalls nur in einer geschlossenen Anstalt durchführen läßt. Die Begleiterscheinungen sind symptomatisch zu behandeln. Schlafmittel sind im Beginn angezeigt, Dauerbäder werden bei Aufregungszuständen für nötig gehalten. Ein längerer Aufenthalt in einer Klinik ist zu empfehlen, damit dem Kranken der Vorteil der Abstinenz eindringlich zum Bewußtsein gebracht wird.

Zum Schlusse danke ich Herrn Geheimrat Siemerling verbindlichst für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials zur vorliegenden Arbeit.

Literatur.

1. Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
2 Bonhöffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker.
3. Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.
4. Einige spezielle Abhandlungen.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Scheel, evangelischen Bekenntnisses, wurde am 5. April 1890 zu Puttgarden a. Fehm. geboren, besuchte das Realgymnasium zu Rendsburg, wo ich Ostern 1911 die Reifeprüfung bestand. An den Universitäten Tübingen, Bonn und Kiel studierte ich Medizin und bestand in Kiel im Herbst 1918 das Staatsexamen. Während des Krieges war ich im Heeresdienst und in der Heimat tätig.